



FRANCESE

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Déclaration d'identité des patients ambulatoires étrangers (Dichiarazione d'identità dei pazienti ambulatoriali stranieri)

Le/la soussigné/e (Il/La sottoscritto/a):

Nom (Cognome) _____

Prénom (Nome) _____

Date de naissance (Data di nascita) ____/____/____

Document d'identité

(Doc. d'identità) _____

joindre photocopie

(allegare fotocopia)

déclare sous sa responsabilité

Dichiara sotto la propria responsabilità

Que les données ci dessus et celles sur l'ordonnance du médecin correspondent a mes généralités

(che i dati sopra riportati e quelli presenti sulla impegnativa del medico richiedente corrispondono alle proprie generalità).

Lu et approuvé (In fede)

Signature lisible (firma leggibile)

En cas de patient mineur il est indispensable la signature d'un des parents, dont une copie du document d'identité doit être jointe.

(In caso di paziente minore è indispensabile la firma di un genitore, del quale deve essere allegata la fotocopia del documento di identità).

Date (Data) _____

Lu et approuvé (in fede)

Signature lisible (firma leggibile)
